Journal of Surgery
[Jurnalul de Chirurgie]

Case report Open Access

Torsiunea izolată a trompei uterine asociată cu chist paraovarian: provocări diagnostice și abordare laparoscopică. Prezentare de caz.

Tiutiuca Razvan Calin[1,2], Czidziak Paulina[2], Bradea Costel[2,3], Vasilescu Alin[2,3], Lupascu Cristian[2,4], Delia Florina Rusu Andrieși[2,3]

[1]Emergency Military Clinical Hospital Iasi
[2]Grigore T. Popa University of Medicine and Pharmacy Iași
[3]First Surgical Clinic, "St. Spiridon" „St. Spiridon" Emergency University Hospital Iași
[4]Second Surgical Clinic, "St. Spiridon" Emergency University Hospital Iași
*Corresponding author: Bradea Costel bradeacostel@yahoo.com

Abstract. Isolated fallopian tube torsion is a rare gynecological emergency, often difficult to diagnose preoperatively. The association with paraovarian cysts is recognized as an important predisposing factor. Case report: We present the case of a 21-year-old patient admitted for acute pain in the right iliac fossa, 3 days after the last menstruation. Emergency laparoscopic exploration revealed isolated torsion of the right fallopian tube caused by a paraovarian cyst, with a normal-appearing ipsilateral ovary. Tubal detorsion and cyst excision were performed, preserving the tube. Conclusions: The case highlights the need to maintain a high degree of clinical suspicion in acute pelvic pain in young women and the role of early laparoscopy in the diagnosis and conservative treatment of isolated fallopian tube torsion.

Key words: Isolated fallopian tube torsion, paraovarian cysts, laparoscopy

Introducere

Torsiunea izolată a trompei uterine (*isolated fallopian tube torsion – IFTT*) reprezintă o entitate clinico-patologică rar întâlnită în practica ginecologică, fiind definită prin răsucirea trompei uterine în jurul axului său vascular, în absența oricărei implicări a ovarului ipsilateral. Această particularitate anatomică o diferențiază net de torsiunea anexială clasică și contribuie semnificativ la dificultățile de recunoaștere clinică. Din punct de vedere epidemiologic, IFTT constituie o cauză neobișnuită de abdomen acut ginecologic, fiind raportată sporadic în literatura de specialitate, în special sub formă de prezentări de caz sau serii mici de pacienți.

Din perspectivă clinică, tabloul simptomatic este, de cele mai multe ori, nespecific și dominat de durere abdominală sau pelvină acută, de intensitate variabilă, uneori însoțită de greață, vărsături sau semne minime de iritație peritoneală. Absența unor manifestări clinice caracteristice face ca diagnosticul diferențial să includă o gamă largă de patologii ginecologice și nonginecologice, precum apendicita acută, sarcina ectopică, torsiunea ovariană, boala inflamatorie pelvină sau colica renală.

Diagnosticul preoperator al torsiunii izolate a trompei uterine rămâne o provocare

Received: October 30, 2025; **Accepted**: October 30, 2025; **Published: December** 31, 2025
Citation: Tiutiucă R. C., Czidziak Paulina, Bradea C., Vasilescu A., Lupașcu Cr., Rusu Andrieș Delia Florina: Torsiunea izolată a trompei uterine asociată cu chist paraovarian: provocări diagnostice și abordare laparoscopică. Prezentare de caz. Journal of Surgery [Jurnalul de chirurgie]. 2025; 21(4): 231 - 235, [Article in Romanian]. **DOI**: 10.22551/JSURG.2025.04.04
Copyright: © 2025. **Tiutiucă R. C** et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

majoră, în principal din cauza lipsei unor semne imagistice patognomonice și a suprapunerii caracteristicilor ecografice sau tomografice cu alte afecțiuni acute pelvine. Investigațiile imagistice pot evidenția formațiuni chistice sau structuri tubulare dilatate, însă aceste constatări sunt adesea nespecifice și insuficiente pentru stabilirea unui diagnostic cert. În consecință, diagnosticul este frecvent stabilit intraoperator, de regulă în contextul unei explorări chirurgicale efectuate pentru abdomen acut, ceea ce subliniază importanța menținerii unui grad crescut de suspiciune clinică, în special la pacientele tinere, aflate la vârsta reproductivă.[1–3]. Având în vedere raritatea extremă a torsiunii izolate a trompei uterine, dificultățile majore de diagnostic preoperator și absența unor criterii clinico-imagistice specifice, prezentarea acestui caz este justificată atât din perspectivă clinică, cât și educațională. Raportarea detaliată a unor astfel de situații contribuie la îmbogățirea bazei de date existente în literatura de specialitate și la creșterea gradului de conștientizare în rândul clinicienilor asupra acestei entități rare, dar potențial severe.

Prezentare de caz

Pacienta, în vârstă de 21 de ani, s-a prezentat la unitatea de primiri urgențe pentru durere abdominală acută, localizată predominant în fosa iliacă dreaptă, cu debut insidios și evoluție progresivă de aproximativ 48 de ore. Simptomatologia a apărut la trei zile de la ultima menstruație, fără antecedente menstruale patologice cunoscute și fără istoric ginecologic sau chirurgical semnificativ. Durerea a fost descrisă ca fiind continuă, de intensitate moderată spre severă, fără iradiere caracteristică și parțial refractară la medicația analgezică uzuală administrată anterior prezentării.

La evaluarea clinică inițială, pacienta era stabilă hemodinamic și afebrilă. Examenul abdominal a evidențiat sensibilitate localizată în fosa iliacă dreaptă, accentuată la palpare profundă, fără apărare musculară sau semne clinice de iritație peritoneală. Nu s-au constatat semne de contractură abdominală, iar manevrele de provocare a durerii peritoneale au fost negative. Examenul ginecologic nu a evidențiat modificări semnificative, însă durerea pelvină persistentă a impus continuarea investigațiilor paraclinice pentru elucidarea etiologiei abdomenului acut.

Analizele de laborator au fost nespecifice, iar ecografia a evidențiat o formațiune chistică anexială dreaptă, cu ovar drept de aspect normal. Laparoscopia exploratorie a obiectivat prezența unui chist paraovarian drept voluminos, situat în mezosalpinx, asociat cu torsiune izolată a trompei uterine drepte, trompă congestivă și edematoasă, ovar drept cu aspect macroscopic normal. În contextul explorării laparoscopice, s-a evidențiat torsiunea izolată a trompei uterine, fără afectarea ovarului ipsilateral, asociată cu prezența unui chist paraovarian, identificat ca factor extrinsec favorizant. S-a practicat detorsiunea atentă a trompei uterine, cu restabilirea progresivă a circulației locale, evaluată intraoperator prin modificarea aspectului macroscopic al țesutului și reluarea colorației fiziologice. Având în vedere viabilitatea trompei și vârsta tânără a pacientei, s-a optat pentru o atitudine conservatoare (Fig. 1).

Intervenția a fost completată prin excizia laparoscopică a chistului paraovarian, realizată cu atenție pentru a evita lezarea structurilor adiacente, cu prezervarea integrității trompei uterine. Procedura s-a desfășurat fără incidente intraoperatorii, pierderea sanguină fiind minimă, iar hemostaza a fost obținută eficient.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacienta prezentând remiterea progresivă și completă a simptomatologiei dureroase. Recuperarea a fost rapidă, fără apariția complicațiilor postoperatorii imediate, permițând externarea într-un interval scurt. Examenul histopatologic al piesei excizate a confirmat diagnosticul de chist paraovarian benign, fără elemente de malignitate, susținând caracterul favorabil al evoluției și validând opțiunea terapeutică conservatoare adoptată.

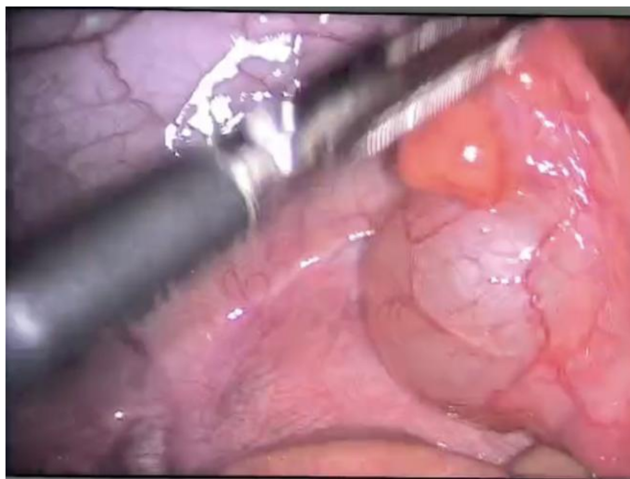


Figura1. Aspect introperator dupa detorsionare: trompă ueterină viabilă, chist paraovarian

Cazul de față evidențiază particularitățile de prezentare clinică nespecifică, capcanele diagnostice asociate evaluării imagistice preoperatorii și importanța menținerii unui diagnostic diferențial larg în fața unei paciente tinere cu durere pelvină acută. În plus, asocierea cu un chist paraovarian subliniază rolul factorilor extrinseci în mecanismul de apariție al torsiunii izolate a trompei uterine și susține datele raportate anterior în literatura de specialitate.

De asemenea, prezentarea acestui caz permite discutarea opțiunilor terapeutice actuale și a rolului laparoscopiei ca metodă de elecție, nu doar pentru stabilirea diagnosticului de certitudine, ci și pentru managementul chirurgical optim. Accentul este pus pe importanța intervenției precoce, care poate permite conservarea trompei uterine și, implicit, prezervarea potențialului fertil, aspect esențial la pacientele aflate la vârsta reproductivă.

Prin această prezentare de caz, ne propunem să subliniem necesitatea includerii torsiunii izolate a trompei uterine în diagnosticul diferențial al abdomenului acut ginecologic, chiar și în prezența unui ovar aparent normal din punct de vedere imagistic. Considerăm că diseminarea unor astfel de experiențe clinice poate contribui la îmbunătățirea recunoașterii precoce a acestei patologii rare și la optimizarea conduitei terapeutice, cu impact favorabil asupra prognosticului și fertilității pacientelor.

Discuții

Datele disponibile în literatura de specialitate referitoare la torsiunea izolată a trompei uterine sunt limitate și provin aproape exclusiv din rapoarte de caz individuale și serii mici de pacienți, fapt care reflectă atât raritatea acestei patologii, cât și dificultatea recunoașterii sale clinice [1]. Lipsa studiilor prospective sau a analizelor pe cohorte largi îngreunează stabilirea unor criterii diagnostice standardizate și a unor ghiduri terapeutice clare, managementul fiind adesea individualizat în funcție de contextul clinic și intraoperator.

Printre factorii etiologici și favorizanți descriși în mod repetat se numără chisturile paraovariene și paratubare, considerate factori extrinseci importanți în apariția torsiunii izolate a trompei uterine. Aceste formațiuni pot exercita un efect de masă semnificativ asupra trompei uterine, în special la nivelul mezosalpinxului, favorizând alungirea, mobilitatea excesivă și ulterior răsucirea axului vascular tubar [4–7]. Dimensiunea chistului, mobilitatea acestuia și raporturile anatomice locale par să joace un rol esențial în mecanismul fiziopatologic al torsiunii, deși relația cauzală exactă rămâne incomplet elucidată.

Imagistica preoperatorie are, în general, o valoare orientativă, contribuind mai degrabă la excluderea altor cauze de abdomen acut decât la confirmarea diagnosticului de certitudine. Examinarea ecografică poate evidenția structuri tubulare dilatate, colecții lichidiene sau formațiuni chistice adiacente, însă aceste constatări sunt nespecifice. De asemenea, prezența unui flux Doppler ovarian normal nu exclude diagnosticul de torsiune izolată a trompei uterine, aspect care poate induce un fals sentiment de siguranță și poate întârzia intervenția chirurgicală [8,9].

În acest context, diagnosticul definitiv este stabilit cel mai frecvent intraoperator, în cursul explorării chirurgicale efectuate pentru durere pelvină acută. Laparoscopia este considerată metoda de elective atât pentru diagnostic, cât și pentru tratament, oferind avantajele unei evaluări directe a anexelor, ale unui traumatism chirurgical minim și ale unei recuperări postoperatorii rapide [3,10]. Această

abordare permite, atunci când condițiile locale o permit, conservarea trompei uterine prin detorsiune și excizia factorului cauzal, cu scopul prezervării funcției reproductive.

Întârzierea diagnosticului și a tratamentului chirurgical poate conduce la compromiterea ireversibilă a vascularizației tubare, cu apariția ischemiei, necrozei și, în final, necesitatea efectuării salpingectomiei. Aceste consecințe au un impact semnificativ asupra potențialului fertil, în special la pacientele tinere, aflate la vârsta reproductivă, subliniind importanța unui diagnostic precoce și a unei atitudini terapeutice prompte [2,5,10].

Cazul prezent susține și confirmă datele raportate în literatura de specialitate referitoare la dificultatea semnificativă a diagnosticului preoperator al torsiunii izolate a trompei uterine, o entitate clinică rară, adesea trecută cu vederea în evaluarea inițială a abdomenului acut ginecologic [2,11]. Absența unor semne clinice și imagistice specifice, precum și frecventa suprapunere a simptomatologiei cu alte patologii acute pelvine, contribuie la întârzierea stabilirii diagnosticului și, implicit, la inițierea tratamentului adecvat.

În concordanță cu observațiile anterioare din literatură, cazul de față evidențiază rolul chistului paraovarian ca factor extrinsec declanșator al torsiunii izolate a trompei uterine. Prin efectul său de masă și modificarea raporturilor anatomice locale, chistul paraovarian favorizează mobilitatea excesivă a trompei și compromiterea progresivă a axului vascular tubar, mecanism bine documentat în studiile și rapoartele existente [4–7]. Această asociere subliniază importanța evaluării atente a anexelor, chiar și în situațiile în care ovarul apare normal din punct de vedere morfologic și vascular.

De asemenea, cazul prezent demonstrează importanța laparoscopiei efectuate precoce, care reprezintă metoda de elecție atât pentru confirmarea diagnosticului, cât și pentru tratamentul optim al acestei patologii rare. Intervenția chirurgicală minim invazivă, realizată într-un stadiu în care modificările ischemice sunt încă reversibile, permite detorsiunea trompei uterine și îndepărtarea factorului cauzal, oferind astfel posibilitatea unui tratament conservator [3,10]. Această abordare are un impact major asupra prezervării fertilității, aspect deosebit de relevant la pacientele tinere, aflate la vârsta reproductivă, și subliniază necesitatea unui prag scăzut de indicație pentru explorarea laparoscopică în contextul durerii pelvine acute de etiologie neclară.

Concluzii

Torsiunea izolată a trompei uterine asociată cu prezența unui chist paraovarian reprezintă o cauză rară, dar potențial severă, de durere pelvină acută și trebuie luată în considerare în diagnosticul diferențial al femeilor tinere care se prezintă cu simptomatologie abdominală sau pelvină acută, chiar și în situațiile în care examinările imagistice evidențiază un ovar aparent normal. Gradul crescut de suspiciune clinică este esențial pentru evitarea întârzierilor diagnostice și pentru prevenirea complicațiilor ischemice ireversibile ale trompei uterine.

Diagnosticul stabilit precoce, urmat de intervenția chirurgicală laparoscopică promptă, permite nu doar confirmarea etiologiei durerii, ci și instituirea unui tratament conservator eficient, prin detorsiunea trompei și îndepărtarea factorului cauzal. Această abordare terapeutică este asociată cu rezultate clinice favorabile, o rată scăzută a complicațiilor și, mai ales, cu prezervarea funcției reproductive, aspect de importanță majoră la pacientele aflate la vârsta reproductivă.

Declarația de conflict de interese. Autorii declară că nu se află în conflict de interese financiare sau non financiare pentru datele și informațiile prezentate în articol. Pacienta a semnat un consimțământ informat preoperator și a dat acordul pentru publicarea acestor date

Bibliografie

1. Hansen OH. Isolated torsion of the fallopian tube. Acta Obstet Gynecol Scand. 1970;49(1):3–6.
2. Comerci G, Colombo FM, Stefanetti M, Grazia G. Isolated fallopian tube torsion: a rare but important event for women of reproductive age. Fertil Steril. 2008;90(4):1198.e23–1198.e25.

3. Antoniou N, et al. Isolated torsion of the fallopian tube: a case report and review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004;114(1):116–118.
4. Qian L, Wang X, Li D, et al. Isolated fallopian tube torsion with paraovarian cysts: a case report and literature review. *BMC Womens Health.* 2021;21:345.
5. Varghese S, et al. Isolated fallopian tube torsion: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2024.
6. Savelli L, et al. Paraovarian/paratubal cysts: sonographic–pathologic correlation. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006;28(3):330–334.
7. Genadry R, Parmley T, Woodruff JD. The origin and clinical behavior of paraovarian tumors. *Am J Obstet Gynecol.* 1977;129(8):873–880.
8. Peña JE, et al. Doppler sonography in the diagnosis of adnexal torsion. *Fertil Steril.* 2000;73:1047–1050.
9. Strachowski LM, et al. Pearls and pitfalls in imaging of pelvic adnexal torsion. *Radiographics.* 2021;41(4):e136–e154.
10. Oelsner G, Shashar D. Adnexal torsion. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(3):459–463.
11. Lo LM, Chang SD, Lee CL, Liang CC. Clinical manifestations in women with isolated fallopian tubal torsion. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2011;51(3):244–247.